

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ІВАНО-ФРАНКІВСЬКОЇ  
ОБЛАСНОЇ ДЕРЖАВНОЇ АДМІНІСТРАЦІЇ  
ІВАНО-ФРАНКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
КАФЕДРА ТЕРАПІЇ І СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ ННІПО  
ІВАНО-ФРАНКІВСЬКОГО НАЦІОНАЛЬНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ  
ГО «АСОЦІАЦІЯ ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ-СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ  
ІВАНО-ФРАНКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ»  
ГО «КЛУБ ПІДТРИМКИ ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ В  
ІВАНО-ФРАНКІВСЬКІЙ ОБЛАСТІ»

**ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ**  
**МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ**  
**КОНФЕРЕНЦІЇ**  
**«СУЧАСНІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ**  
**ТА ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ**  
**ВНУТРІШНІХ ОРГАНІВ»**

**18 червня 2020 року**

**м. Івано-Франківськ**

У всіх хворих з патологією ШКТ спостерігалася відсутність лактобактерій на СОРП.

Вивчення адсорбційних властивостей епітеліоцитів показало низьку резистентність СОРП у хворих з виразковою хворобою і добру у хворих з гастродуоденітом. Цікавим видається той факт, що у практично здорових осіб, які не подавали скарг з боку ШКТ, була виявлена задовільна резистентність СОРП.

**Висновки.** У обстежених пацієнтів за відсутності патологічного процесу в суміжних органах виявляли переважно І тип кристалоутворення. Зміни мікробіотопу СОРП можна використовувати як до нозологічний тест поєднаних порушень органів ШКТ. Порушення у механізмах резистентності СОРП є індикатором змін у загальному стані організму, в тому числі захворювань ШКТ. Практично здорові особи із задовільною резистентністю СОРП можуть бути віднесені до групи ризику розвитку патологічних станів шлунково-кишкового тракту.

## ІНДЕКС АУГМЕНТАЦІЇ У ЧОЛОВІКІВ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ II СТАДІЇ ЗАЛЕЖНО ВІД СТУПЕНЮ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ АРТЕРІАЛЬНОГО ТИСКУ

**Колесник Т.В., Надюк А.В.**

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро  
кафедра пропедевтики внутрішньої медицини*

Підвищена варіабельності артеріального тиску (ВАР АТ) є незалежним фактором ризику серцево-судинних ускладнень. Останні роки велику увагу у пацієнтів з гіпертонічною хворобою (ГХ) приділяють аналізу показників судинної жорсткості, а рівень індексів брахіальної ( $A_{ix\ br}$ ) та аортальної аугментації ( $A_{ix\ ao}$ ) сьогодні знаходиться на стадії активного вивчення. Тому метою нашої роботи було дослідити та оцінити рівень  $A_{ix\ br}$  та  $A_{ix\ ao}$  у чоловіків з ГХ II стадії в сполученні з надлишковою масою тіла залежно від значення ВАР АТ.

**Матеріали і методи:** В дослідження включено 50 чоловіків з ГХ II стадії АГ I ступеню. Рівень ВАР АТ оцінювали за даними добового моніторингування АТ (ДМАТ), окремо вивчали денну і нічну ВАР АТ. Враховуючи, що в світі відсутні загальноприйняті норми, ми використовували наступні градації ВАР АТ. Величину ВАР систолічного (САТ) і діастолічного (ДАТ) АТ, яка не перевищувала 11,90 мм рт.ст. впродовж дня і 9,50 мм рт.ст. під час ночі вважали нормальною. Високою ВАР АТ вважали при збільшенні хоча

б одного з наступних критеріїв: ВАР САТ > 15,0 мм рт.ст. вдень і/або > 14,0 мм рт.ст. вночі, ВАР ДАТ > 14,0 мм рт.ст. вдень та/або > 12,0 мм рт.ст. вночі. Величина ВАР АТ, що знаходилась в проміжній зоні характеризувалась як гранично підвищена ВАР АТ. На підставі оцінки ВАР АТ пацієнтів було розподілено на 3 групи: І група – 10 чоловіків з нормальною ВАР АТ, ІІ група – 16 осіб з гранично підвищеною ВАР АТ, та ІІІ група – 29 осіб з високою ВАР АТ. Середній вік склав 39,0 (34,0; 42,0) років - в І групі; 43,0 (39,0; 47,0) роки в ІІ групі та 52,0 (47,0; 61,0) роки - в ІІІ групі. Особи з високою ВАР АТ були статистично старшими порівняно з пацієнтами інших груп ( $p < 0,05$ ).

**Результати:** Було встановлено, що індекси аугментації зростали разом з підвищенням ВАТ АТ. Серед осіб з нормальною ВАР АТ рівень  $A_{ix} br$  (-38,70 (-47,30; -6,40)%) і  $A_{ix} ao$  (18,05 (13,70; 24,25)%) дорівнював нормі. Величина  $A_{ix} br$  і  $A_{ix} ao$  в ІІ групі склали -6,0 (-41,50; 8,70)% та 34,60 (16,60; 42,0) % відповідно, але тенденція до збільшення індексів аугментації була не вірогідною ( $p > 0,05$ ). Серед пацієнтів ІІІ-ї групи величини  $A_{ix} br$  і  $A_{ix} ao$  були статистично вищими в 4,25 і 1,83 рази порівнянно з пацієнтами І-ї групи ( $p < 0,05$ ).

**Висновки:** У хворих з ГХ ІІ стадії в сполученні з надлишковою масою тіла величина  $A_{ix} br$  і  $A_{ix} ao$  дорівнювали нормі тільки в групі з нормальною ВАР АТ. Підвищення судинної жорсткості за даними індексів аугментації починається вже у хворих з гранично підвищеною ВАР АТ і досягає найбільших значень у пацієнтів високою ВАР АТ. Отримані дані свідчать про те, що у пацієнтів з ГХ ІІ стадії і надлишковою вагою слід враховувати більш жорсткі межі норми для оцінки ВАР АТ (11,90 мм рт.ст. впродовж дня і 9,50 мм рт.ст. впродовж ночі).

## **АНАЛІЗ ЗМІНИ КОНЦЕНТРАЦІЇ КОПЕПТИНУ ТА ST2 У ХВОРИХ З ДЕКОМПЕНСОВАНОЮ СЕРЦЕВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ІНФАРКТУ МІОКАРДА ПІД ВПЛИВОМ ЛІКУВАННЯ ЯНТАРНОЮ КИСЛОТОЮ ТА ПРЕПАРАТАМИ АРГІНІНУ**

**Левандовська Х. В., Налужна Т. В.**

*Івано-Франківський національний медичний університет, кафедра внутрішньої медицини №2 та медсестринства, м. Івано-Франківськ, Україна*

**Постановка проблеми та аналіз останніх досліджень.** Декомпенсована серцева недостатність (СН) являється актуальною проблемою сучасної кардіології. Незважаючи на застосування в широкій клінічній практиці